

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme _____

Né(e) le _____ à _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : _____

Le : _____

Signature du Médecin :